

Tratando el dolor crónico sin medicamentos

Diapositiva #1

Bienvenidos a Tratando el dolor crónico sin medicamentos, un webinar auspiciado por el Proyecto de colaboración interdisciplinaria en salud conductual del Departamento de trabajo social de la Universidad estatal de Westfield. Yo soy Alexa Connell. Soy una proveedora de salud conductual integrada trabajando en cuidados primarios de medicina de familia en UMass Memorial Health care. Conmigo se encuentra Paula Gardiner doctora en medicina de familia y especialista en medicina integrada en cuidados de la salud UMass Memorial Health care y la Escuela de medicina de la Universidad de Massachusetts.

Diapositiva #2

Como mencioné anteriormente, este proyecto es posible gracias al Departamento de trabajo social de la Universidad estatal de Westfield a través de la subvención Educación y Capacitación de la Fuerza Laboral de Salud Conductual (BHWET) (por sus siglas en inglés) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) (por sus siglas en inglés).

Diapositiva #3

La presentación de hoy proveerá información sobre las maneras en que el dolor crónico impacta a los individuos y la sociedad. Discutiremos las mejores prácticas para explicar a los pacientes el rol de los abordamientos no farmacológicos para el tratamiento del dolor crónico para que los pacientes no se sientan estigmatizados o descartados por sus proveedores. También revisaremos los tratamientos cognitivos y conductuales como tratamientos médicos complementarios para el dolor crónico.

Diapositiva #4

Para entender al dolor crónico, primero necesitas entender el dolor en general. Como ya sabemos la mayoría de nosotros (aunque quizás podríamos batallar para definirlo claramente), dolor es “una experiencia sensorial y emocional asociada a daño actual o potencial en tejidos, o descrito en términos de dicho daño”. Pero esa definición escasamente toca la compleja interacción entre fisiología, neurología, emociones y los pensamientos que determinan nuestra experiencia del dolor. Hoy, exploraremos las complejidades del dolor y discutiremos muchas intervenciones para el dolor que capitalizan el impacto de los pensamientos y los sentimientos en nuestra experiencia del dolor.

En contraste con el dolor agudo, el dolor crónico se define como dolor que dura más de 3-6 meses. Típicamente el dolor crónico se origina con algún tipo de daño, como daño a la espalda, pero el dolor crónico también puede originarse aparentemente de la nada sin patología identificable u otra causa identificable. Además, el dolor crónico que comienza con un daño, puede continuar aún después de que se ha sanado el daño, lo cual pueden imaginar es muy difícil de lidiar para los pacientes.

Diapositiva #5

Cuando hablamos de dolor, consideramos tres categorías del dolor. El primero es el dolor

nociceptivo. Este tipo de dolor es en el que la mayoría de la gente piensa. Es el dolor asociado a romperse un hueso, esguince de un tendón o un corte.

El segundo tipo de dolor es el neuropático o dolor nervioso, causado por una lesión al sistema nervioso periférico. La sensación a veces comienza como agujetas y alfileres y con el tiempo puede empeorar a quemazón e incluso una sensación punzante. Además del daño al nervio causado por la lesión o síndrome de sobreuso como el síndrome de túnel carpiano, dolor neuropático puede ser causado por enfermedades como zoster o por quimioterapia y radiación por cáncer. Sin embargo la causa más común de dolor neurológico es el daño nervioso asociado a diabetes y alcoholismo. En estos casos, el dolor neuropático es más comúnmente crónico y va a progresar a adormecimiento, lo cual pone a la persona en alto riesgo de lesión seria e infección.

El último tipo de dolor es el central. Este es cuando no se puede identificar una causa fisiológica para el dolor. No hay daño identificable a tejidos y no hay signos de neuropatía. El dolor central se asocia frecuentemente al dolor crónico. Puede iniciarse con una lesión pero el dolor persiste aún después de que una lesión ha sanado, es casi como si el sistema nervioso se estancara en recrear la señal de dolor una y otra vez en un ciclo sin fin. Una teoría detrás del dolor central es la teoría de la compuerta de control de dolor que discutiremos luego en la presentación.

Diapositiva #6

De manera que podamos entender cómo trabajar con los individuos con dolor, es importante que entendamos el impacto que tiene el dolor crónico en la gente como individuos y sociedad.

Diapositiva #7

¿Por qué es el tratamiento del dolor crónico el enfoque en tantas disciplinas en el campo de la salud? El dolor crónico impacta a alrededor de 50 a 100 millones de adultos en los EEUU cada año, con un 10% o alrededor de 30 millones de adultos en EEUU reportando dolor diario por tres meses o más. Una gran porción de la población experimenta sufrimiento emocional y limitaciones físicas a causa del dolor crónico.

Si observamos desde lejos el impacto que tiene el dolor crónico en la sociedad, las dolencias crónicas tienen un costo de \$635 billones de dólares anuales en ambos, gastos directos por los tratamientos del dolor crónico y gastos indirectos por discapacidad y ausencia laboral. Se estima que 36 millones de personas se ausentan al trabajo cada año debido a dolores crónicos. Esto no toma en cuenta los gastos financieros en las familias que se ausentan al trabajo para asistir a sus seres queridos en sus hogares, ni incluye costes de tratamiento por desórdenes del uso de sustancias adquiridos durante el tratamiento para el dolor crónico con medicamentos opioides.

Los costos anuales totales del sistema de salud para el dolor crónico rondan entre los \$261 y \$300 billones de dólares, pero debo señalar que dichos números se basan en datos acumulados antes del 2012, por lo que probablemente se estén subestimando notablemente los costes.

También es importante señalar la carga que impone el dolor crónico en los proveedores médicos ambulatorios. Aproximadamente un 20% de las visitas médicas ambulatorias están relacionadas

al dolor crónico. En 2010 el Instituto de Medicina reportó 89 millones de visitas por dolor a clínicas de cuidados primarios. Esto significa que en un día típico para un médico de cuidados primario, podría esperar ver aproximadamente cuatro o más pacientes con dolor crónico. Pueden imaginar cuán abrumador esto puede resultar, particularmente porque, con frecuencia, no hay respuesta para el paciente de por qué tiene tanto dolor. Además existen pocos tratamientos efectivos disponibles para aliviar el dolor a niveles consistentes con su funcionamiento previo al dolor. Si se añade a esto la batalla sobre el uso de medicamentos opioides, los cuales inicialmente son más eficaces en la eliminación de la percepción del dolor pero que casi siempre conducen a dependencia fisiológica por el uso continuo, muchos médicos se estresan cuando ven a estos pacientes en su programa. Los pacientes con dolor crónico también constituyen el 38% de los reclamos por discapacidad a largo plazo, la cual es una de las formas en que los pacientes de dolor crónico suponen una mayor carga administrativa en los proveedores de salud.

Diapositiva #8

El impacto personal de vivir con dolor crónico afecta casi todos los aspectos de la vida de una persona: salud mental, salud física, relaciones interpersonales, funcionamiento físico en el día a día y la vida laboral.

Solo para destacar algunos que son particularmente problemáticos, por su contribución a perpetuar el ciclo de dolor: los individuos con dolor crónico están en mayor riesgo de padecer problemas de salud mental. Entre 25-50% de los pacientes de dolor crónico reúnen criterios de un importante episodio depresivo y 63% de una muestra de pacientes de una clínica de dolor crónico desarrollaron depresión después de haber comenzado el dolor crónico. La depresión también está asociada al desarrollo del dolor crónico, por lo que ambas condiciones pueden crear un círculo vicioso. Este ciclo probablemente contribuye al hecho de que el dolor crónico, junto a la depresión comórbida, está asociado a altos niveles de discapacidad y al declive del funcionamiento.

Hasta un 50% de las personas con dolor crónico reportan alguna alteración del sueño y las personas con mayor discapacidad reportan mayores dificultades para dormir. La pérdida de sueño agota la resiliencia al dolor y se asocia a mayores índices de dolor, sugiriendo así que el insomnio puede llevar a la sensibilización del dolor e hiperalgesia (Schuh-Hofer 2013).

El dolor interactúa con el peso en un ciclo vicioso, en el cual el aumento de peso empeora el dolor musculoesquelético, el cual a su vez reduce la capacidad para el ejercicio de la persona y reduce la necesidad calórica incurriendo en una mayor ganancia de peso. Este ciclo muchas veces deja a los pacientes sintiéndose impotentes ante la perspectiva de perder peso, lo cual resulta ya difícil incluso para individuos completamente activos.

El dolor crónico impacta las relaciones interpersonales de múltiples formas. Las limitaciones del funcionamiento físico generan un cambio de roles dentro de grupos sociales, especialmente en familia. Una persona con dolor crónico puede perder la capacidad de mantener económicamente a su familia, realizar tareas físicas necesarias en el hogar y pueden quedar emocionalmente agotados, dejando poca energía para mantener emocionalmente a sus seres queridos.

El dolor crónico también genera aislamiento social. Las personas con dolor luchan por establecer relaciones con otras personas que no han sufrido cambios significativos en su funcionamiento físico. Puede parecer que antiguas amistades no entienden lo que es. Muchos de mis pacientes tienen miedo de convertirse en “Debbie downer” frente a sus amigos y que estos resientan sus limitaciones, por lo que dudan aceptar invitaciones a no ser que se sientan bien. La carencia de un soporte social predice un peor resultado frente al dolor y las relaciones emocionales cercanas pueden mejorar la tolerancia al dolor, por lo que es importante ayudar a estos pacientes a mantener dichas relaciones.

Padecer dolor crónico resulta en limitaciones físicas que dejan al paciente sintiendo una pérdida de su independencia y un incremento en el sentimiento de vulnerabilidad. Sentirse vulnerable inhibe la disposición a involucrarse en actividades físicas por miedo a lastimarse más, lo cual lleva a un desacondicionamiento e incremento del riesgo de lesionarse.

Las personas con dolor crónico pueden cansarse más fácilmente y por tanto dejan de ser capaces de trabajar a tiempo completo, pero un trabajo a tiempo parcial no es suficiente para mantenerse ellos mismos o a su familia. Finalmente, después de que se agota la baja médica familiar (FMLA por sus siglas en inglés), las personas con dolor crónico a menudo son despedidos de sus empleos a causa de ausencias laborales frecuentes y un desempeño laboral deficiente. Al buscar un nuevo empleo, la salud física se convierte en una carga puesto que las personas con dolor crónico no son capaces de trabajar todo el año, lo que es requerido para cualificar para el FMLA en su nuevo trabajo.

Diapositiva #9

Existen muchos factores de riesgo para el desarrollo del dolor crónico, desde factores no modificables, factores prevenibles que una vez aparecen no pueden ser eliminados y factores que son difíciles de modificar, como ocupaciones, También factores de riesgo socioeconómicos y factores sobre el estilo de vida, que son desafiantes pero altamente modificables, como cambios hacia un estilo de vida más saludable y aquellos que tratan disfunciones del sueño. Estos factores del estilo de vida deben enfatizarse en pacientes que ya están en alto riesgo debido a factores no modificables. Por ejemplo, la consejería para una buena higiene del sueño, dejar de fumar y la pérdida de peso deberían ser estándares en el cuidado de individuos con trabajos físicamente demandantes, historial de depresión, ansiedad y traumas de la niñez. Además, pacientes con un nivel educativo y socioeconómico bajo pueden necesitar ayuda especialmente para hacer cambios a un estilo de vida saludable dadas las barreras adicionales y recursos limitados disponibles para esta población.

Diapositiva #10

También sabemos que el prejuicio y el racismo juegan un papel importante en cómo el sistema de salud de los EEUU responde a individuos que padecen dolor. Estos prejuicios se encuentran a lo largo de los escenarios de tratamientos y en los tipos de dolor. Por ejemplo, Todd et al reportó en 1993 que los hispanos con fracturas óseas tienen el doble de probabilidad de no recibir medicación para el dolor en el departamento de emergencias, y que estos resultados no se

explicaban con diferencias en el género, idioma primario, severidad de la lesión, sospecha de intoxicación o estatus de seguro.

En el 2003, Todd et al estimaron que los afroamericanos tienen un riesgo relativo de 1.66 de no recibir analgésicos comparado con pacientes blancos no hispanos, y en 2015 Hirsh demostró que pacientes caucásicos tienen el doble de probabilidad de recibir recetas para un medicamento opioide, comparado con un afroamericano en sala de emergencias. Esto a pesar de no haber una diferencia significativa en la evaluación del proveedor o la severidad del dolor del paciente. Esto no quiere decir que los pacientes de grupos minoritarios minimizan su valoración del dolor o que el proveedor juzga mal el dolor del paciente. Los proveedores valoran con exactitud el problema y tratan a los pacientes de forma diferenciada a causa de prejuicios inconscientes.

Trabajar en un entorno integrado permite proveer educación respecto al sesgo inconsciente. Usted puede prestar atención a los prejuicios y a cualquier posible diferencia en la manera en que se cuida a pacientes con dolor.

Diapositiva #11

Es importante recordar que el dolor no es una relación uno-a-uno entre las entradas sensoriales y sensaciones. El dolor es un fenómeno complejo. Esto significa que puede ser un reto el identificar la causa de dolor, pero que también permite la intervención de múltiples opciones para la reducción del dolor.

Diapositiva #12

La percepción del dolor está influenciada grandemente por la atención, anticipación y estados emocionales.

La gente frecuentemente piensa que el dolor es simplemente la consecuencia del dolor a nuestros cuerpos. Cuando de hecho el dolor es la interpretación de una señal nerviosa y nuestra interpretación de esa señal sensorial está influenciada por nuestros pensamientos acerca de esa experiencia, nuestra anticipación de la sensación (Atlas 2012) y nuestro estado emocional. ¿Te has golpeado alguna vez y dicho "Au!" y luego te diste cuenta de que en realidad no dolía tanto como parecía? La expectativa de que dolerá influencia tu reacción incluso antes de que tu cerebro tenga la oportunidad de interpretar completamente la señal sensorial. Si el dolor fuera significativo, la anticipación de dicho dolor podría exagerar tu interpretación de la señal dolorosa. Pensamientos relacionados a la magnitud del dolor físico, como imaginar cuán malo es un corte o la apariencia de una fractura, así como pensamientos sobre si el dolor será interminable, pueden desencadenar el pánico y eclipsar estrategias mentales de manejo. Smith y sus colegas, en 1998, demostraron que cuando los pacientes interpretan el dolor como evidencia de un daño adicional al cuerpo, en lugar de un problema estable que podría mejorar, reportan mayor intensidad de dolor independientemente de si está ocurriendo una lesión (Smith, Gracely & Safer, 1998). Sabemos también, de estudios realizados por MRI, que la presencia de seres queridos cuando se experimenta dolor, no solo reduce la percepción de este sino que también reduce la activación neuronal asociada al dolor. (Inagaki & Eisenberger 2012 y Young et al 2010).

Y por supuesto, nuestra reacción inicial al dolor puede desencadenar emociones secundarias como la frustración, con nosotros mismos y con otras personas, tristeza y desesperanza, lo cual puede impactar la capacidad del cerebro para inhibir señales de dolor e interferir con las funciones naturales del cuerpo encaminadas a reducir la sensación de dolor conforme pasa el tiempo.

Diapositiva #13

Las creencias culturales son uno de los factores cognitivos y emocionales que influyen en cómo los individuos experimentan el dolor. En ciertas culturas el dolor es un signo de que algo anda mal con la energía espiritual de una persona. Individuos con esta creencia hablan de intervenciones como una manera de re-conectar espiritualmente (Por ejemplo: enmarcar estrategias de relajación como una manera de despejar la mente y asistir en volver a conectar con Dios) o como una alternativa a recuperar el balance, uniendo el típico balance físico con el espiritual, puede ser poderoso y construir un entendimiento compartido.

También es importante comprender que en ciertas culturas, en ámbitos sociales o familiares individuales, hablar sobre el dolor es un tema tabú. Los pacientes pueden minimizar su dolor, pero mientras esta minimización puede resultar beneficiosa, impulsando al individuo a mantenerse activo e involucrado, también puede resultar en tratamiento deficiente, en repetir una lesión o incapacidad para sanar porque el individuo no ralentiza de manera que le permita ajustarse al dolor.

Finalmente, en ciertas culturas el dolor se interpreta como evidencia de un castigo por un error espiritual. Para individuos con esta creencia es necesario redimirse, como condición necesaria para sentirse mejor, y por lo tanto ninguna intervención será efectiva a no ser que la persona sienta que ha sido expiada o ha corregido el mal haciendo el bien. Por último, podemos permitir remedios caseros, asumiendo que no causen un daño físico, y honrar las creencias del paciente relacionadas con estos remedios, fortaleciendo la esperanza y expectativas positivas, permitiéndole llevar a cabo una intervención que él cree puede hacer otras más exitosas.

Entonces, ¿qué puedes hacer tú como proveedor para ampliar tu conocimiento respecto a cómo se entiende el dolor de acuerdo a las diferencias culturales? Refuerza tu habilidad narrativa preguntándole al paciente su historial de dolor y presta atención al significado que ellos hacen de él. Puedes preguntarle sobre sus creencias personales en lo que respecta al sufrimiento y la sanación, y cuál piensan que es la causa del mismo.

Diapositiva #14

El dolor y el estrés están interrelacionados, uno potenciando al otro, y viceversa.

En mi experiencia, los pacientes con dolor crónico identifican fácilmente el vínculo existente entre dolor y estrés, por lo que para ilustrar esta asociación suelo empezar por explicar a los pacientes por qué cambios en el comportamiento pueden ayudar a afrontar el dolor. Tener una condición que provoca dolor crónico resulta estresante para casi cualquiera. Los pacientes comprenden que los niveles de estrés aumentan a medida que el dolor empeora.

Una vez establezco esta relación con el paciente, que el dolor incrementa el estrés, entonces explico el impacto que tiene el estrés en nuestra experiencia de dolor, usualmente destaco la tensión muscular, el agotamiento emocional por la pérdida de sueño y el aburrimiento como resultado del aislamiento social, lo cual interfiere con distraer la mente del dolor. Cuando los pacientes son capaces de identificar estas experiencias, comienzan a entender que reducir el estrés puede ayudar en su funcionamiento. Típicamente empiezo por enmarcar al estrés como algo que dificulta el manejo del dolor, o que el estrés hace que el dolor, ya existente, sea peor, más que categorizar al estrés, la ansiedad o la depresión como una causa o factor de riesgo ante el dolor. Si los pacientes derivan de esta discusión que el dolor se originó a partir del estrés y no por una lesión o patología, es más probable que se sientan desestimados o sientan incredulidad, por lo que recomiendo enfocarnos en el impacto que tiene el estrés en el dolor.

Diapositiva #15

Los pacientes sienten a menudo que, de ser referidos a un proveedor de salud conductual para tratar su dolor crónico, el médico cree que “el dolor está en su cabeza.” Usualmente respondo “bueno, es verdad, pero eso no significa que te lo estés imaginando.” Les recuerdo que el dolor es una interpretación de una señal del cuerpo, y que esa señal está siendo traducida por el cerebro. Sin un cerebro que dé sentido a la señal, no existiría el dolor. Algunas veces menciono como ejemplo a individuos que nacen sin la capacidad de sentir dolor, y lo que ocurre cuando esa persona sufre un daño corporal pero el cerebro no es capaz de interpretar la señal.

Con el tiempo, el dolor crónico genera cambios en el cerebro de la persona, y estos podrían a su vez hacer más probable el dolor crónico. El área donde se localiza la percepción del dolor en el cuerpo podría aumentar de tamaño. Como resultado de un estímulo constante el cerebro experimenta un incremento en la actividad neuronal.

El cerebro también es capaz de propagar el dolor por el cuerpo. La hiperalgesia en un área del cerebro, correspondiente al lugar de una lesión, puede diseminarse a áreas adyacentes, incluso cuando esas partes del cuerpo no están físicamente cerca en el propio cuerpo, causando dolor en áreas que a primera vista no están relacionadas entre sí.

Y finalmente, el incremento crónico de hormonas del estrés pueden bloquear la plasticidad neuronal, interfiriendo con la habilidad del cerebro para adaptarse.

Diapositiva #16

La teoría de la compuerta de control de dolor es utilizada a menudo para explicar cómo el dolor crónico puede persistir incluso cuando la lesión corporal ha curado. Normalmente, después de que la señal de dolor ha sido enviada al cerebro, también se inicia un proceso que inhibe la sensación del mismo. Este proceso funciona cerrando el portal que permitió en primer lugar la sensación de dolor.

Eventualmente, el impulso inhibitorio sobrepasa la sensación de dolor, reduciéndolo en gran medida. Incluso puede eliminarlo.

La separación de las vías para la sensación del tacto y aquellas que transmiten la señal dolorosa, también es un recurso para la inhibición de la señal de dolor. Las vías para las sensaciones del tacto compiten con las del dolor, disminuyendo la transmisión de información respecto al dolor. Cuando hay más actividad asociada al sentido del tacto, en comparación con la asociada a la sensación de dolor, las personas suelen experimentar este último menos. Esto significa que las compuertas que dan acceso al dolor están cerradas. Es por esto que frotar una lesión reduce la sensación de dolor.

Sin embargo, cuando el dolor se extiende por un periodo de tiempo, los canales se mantienen abiertos porque las vías inhibitorias fallan en compensar la señal del dolor y cerrar el portal. Cuando esto ocurre, las compuertas se mantienen abiertas y las señales de dolor continúan llegando, resultando en un dolor crónico que persiste aún cuando el cuerpo ha sanado.

Diapositiva #17

Puede que te perca de que la lista de factores que crean condiciones favorables para que el portal se mantenga abierto son también factores para el desarrollo del dolor crónico: estrés y tensión, enfoque mental en la sensación y experiencia del dolor, así como un estilo de vida sedentario.

Diapositiva #18

Los factores que crean condiciones favorables para cerrar este portal van paralelos a las intervenciones frente al dolor crónico que discutiremos a continuación: relajación, un estado emocional positivo, vínculos interpersonales, pensamientos sanos, aceptación, actividad física y contra-estimulación a través de intervenciones físicas.

Todos ellos forman parte del sistema nervioso parasimpático- parte encargada de restaurar y digerir.

Diapositiva #19

A continuación discutiremos opciones de tratamiento para el dolor crónico. Los proveedores de salud conductual pueden implementar muchos de estos. Otros se incluyen en la lista para que usted, como proveedor, preste atención a los tratamientos efectivos que puede querer intentar un paciente. A pesar de que quizás usted no recomiende alguno de estos, los incluimos para que pueda alentar a sus pacientes a que aboguen ellos mismos y posiblemente discutir estas opciones con sus proveedores médicos.

Diapositiva #20

Empezaremos discutiendo un ejemplo de caso. Jim es un hombre hispano, de 53 años de edad y tiene sobrepeso. Sufre hipertensión pero la misma se encuentra bajo control con medicación. Fuma alrededor de una cajetilla de cigarrillos al día. Padece dolor en su espalda baja y rodilla derecha a causa de la artritis. Normalmente toma ibuprofeno para el dolor, pero no ayuda de forma consistente. Le gustaría aprender sobre opciones adicionales para aliviar el dolor. Está felizmente casado y con 3 hijos, trabaja en construcción pero está de baja laboral, no pagada, a causa de una lesión en la espalda, y debía regresar al trabajo por motivos económicos, por lo que

su jefe lo ha tomado en consideración y le ha permitido hacer tareas administrativas.

Diapositiva #21

Jim quiere asegurarse de que puede regresar al trabajo para continuar proveyendo a su familia.

En lo que se refiere al dolor, su equipo de cuidados está preocupado porque parece deprimido, comparado con su carácter habitual. Esto es comprensible y el equipo se pregunta cómo puede estarle afectando a su sentido de identidad el no estar contribuyendo económicamente en su familia. Por un lado, este podría ser un buen momento para enfocarse en su familia y acercarse a sus hijos, pero si siente vergüenza por no estar trabajando es más probable que evite a todos. El equipo sabe que arriesga perder su trabajo por lo que resulta importante mejorar su funcionamiento, de forma que pueda mantenerlo. Pero su trabajo también acarrea el riesgo de lesionarse en un futuro, y por tanto de sufrir un dolor adicional, por lo que debe ser cauto y asegurarse de que ha sanado lo suficiente como para regresar al trabajo.

Debido a que se está dedicando solo a trabajo de escritorio, este hombre que previamente era activo ahora es sedentario, y uno puede darse cuenta de que ha habido un desacondicionamiento más o menos en el último mes. Su hipertensión puede verse descontrolada por la disminución de su actividad. Por último, fumar interfiere con la habilidad de su cuerpo para sanar, a la vez que dejar de fumar, en un momento de baja actividad y limitadas distracciones es particularmente difícil.

Diapositiva #22

Existe una jerarquía de cuidados para pacientes en la clínica de atención primaria

Podemos ver que el manejo de cuidados personales es el pilar y base de la pirámide- muchos pacientes intentan cuidarse ellos mismos primero, y normalmente les recomendamos que continúen estas estrategias a lo largo del tratamiento.

A continuación también tenemos clases de yoga y tai chi grupales. Estas intervenciones aportan beneficios más allá de su aplicación para el dolor crónico. Ellas promueven la salud general y minimizan el riesgo de daño, particularmente si son recomendados por un médico.

Luego están los tratamientos no farmacológicos como la terapia física y la conductual. Por lo general son recomendados por un proveedor de cuidados primarios cuando el dolor continúa durante semanas o meses y no ha respondido al manejo del propio paciente. Estos requieren un proveedor licenciado.

Si el funcionamiento y la percepción del dolor no mejoran con las terapias previamente mencionadas, entonces pasamos a la recomendación de medicamentos no opioides como antidepresivos, antiinflamatorios y antiespasmódicos.

La última categoría incluye medicamentos opioides, procedimientos y cirugía. Cada uno de estos conlleva un riesgo de daño significativo. Tienen el potencial de causar un daño permanente, dejar

a pacientes en peor estado que el inicial y con mayor dolor.

Diapositiva #23

Para la mayoría de las personas los medicamentos para el dolor, incluso aquellos sin receta como el ibuprofeno y el acetaminofén, así como los opioides para el dolor severo, son la primera línea de tratamiento para el dolor. No obstante, aparte de los efectos secundarios que tienen estos medicamentos, y el riesgo de dependencia en el caso de opiáceos, estos y en especial los últimos, tomados durante un periodo prolongado, vuelven a la persona más sensible al dolor y crean un ciclo vicioso. Solo unos pocos pacientes con los que he trabajado eligieron dejar de usar todos los opiáceos por miedo a la dependencia y a ser estigmatizados, y tras varias semanas de ajuste reportaron que su dolor no era peor que cuando estaban tomándolos.

Existe evidencia suficiente que defiende el uso alternativo de terapias no farmacológicas. Muchas no solo ayudan con el dolor sino que también son elecciones de un estilo de vida más saludable, lo que reduce el estrés y promueve la salud. Estas ayudan evitando los riesgos derivados de la medicación o las cirugías, a la vez que aportan beneficios más allá del alivio del dolor.

Finalmente, la comunidad de profesionales médicos apoyan firmemente el enfoque del manejo del dolor sin el uso de medicamentos. Cada una de estas organizaciones han hecho declaraciones apoyando tratamientos alternativos como primera línea de intervención en el manejo de dolor.

Diapositiva #24

Vamos a comenzar por aquellas intervenciones que son el núcleo de nuestra caja de herramientas de proveedores de la salud conductual integrada: el comportamiento, tratamientos cognitivos y emocionales. Pero primero es importante revisar las estrategias para discutir tu rol, como proveedor de salud conductual en el equipo de trabajo de pacientes con dolor crónico. Puesto que para la mayoría de las personas las maneras en que uno puede ser de ayuda no son evidentes, el ser referido a un proveedor de este tipo puede ser percibido por el paciente como un descarte o un castigo. Cuando un paciente con dolor crónico es referido al proveedor de salud conductual dentro del equipo esto puede acarrear muchos significados de forma implícita. Los pacientes pueden sentir que su proveedor se ha rendido en encontrarle una solución a su dolor. Como se mencionó antes, los pacientes pueden pensar que su proveedor cree que todo es producto de su imaginación, interpretando que están imaginando o exagerando su dolor. Algunos pacientes pueden incluso creer que su proveedor piensa que son adictos a alguna sustancia.

Todo esto, particularmente la creencia de que el proveedor se ha dado por vencido, es la razón por la cual la salud conductual debería ser incluida en el equipo a comienzos del proceso de tratamiento, más que utilizarse como último recurso porque el resto de intervenciones médicas han fallado. Las intervenciones respecto a la salud conductual aumentan la eficacia de las médicas ya que van encaminadas a reducir los factores que contribuyen al desarrollo del dolor crónico.

Los proveedores médicos y los de salud conductual integrada deberían discutir el rol de este

último en ayudar al paciente a manejar el dolor, aprender estrategias que reduzcan el estrés de sufrir dolor crónico y en proveer un soporte a medida que el paciente se ajusta. Es crítico al conocer un paciente que tu, como proveedor de salud conductual, establezcas una relación y empáticas. Muchos pacientes se han sentido frustrados con un sistema médico que no ha sido capaz de darle respuestas de por qué no se sienten mejor. Cuando los pacientes han intentado y fracasado con múltiples tratamientos, pueden resistirse a la idea de que tan simple como hablar, cambiar la manera de pensar o relajarse pueda tener un impacto significativo en su dolor. Después de todo, ¿cómo algo tan horrible puede resolverse solo con hablar cuando la cirugía no fue capaz? Por lo tanto, los pacientes pueden rechazar al principio muchas de las sugerencias relacionadas con la salud conductual. No es infrecuente que uno oiga una retahíla de respuestas del tipo “ya he probado eso”. Si tan solo logras encontrar un punto de apoyo mostrando empatía en esas primeras reuniones y haciendo solo sugerencias sobre estrategias para reducir el dolor, puedes progresar más ganando su aceptación para las próximas intervenciones.

Diapositiva #25

El estigma de sufrir dolor crónico, particularmente cuando alguien usa opioides, es profundo. Cuando un paciente no le puede poner nombre a sus síntomas, está siendo preparado para sentir incredulidad. Distinguir a nivel cerebral entre lo que es imaginar el dolor y sentirlo puede ser beneficioso. El dolor es real. Incluso podemos ver señales de dolor en un MRI. Dichas señales están en el cerebro, por lo que si logramos cambiar la manera en que el cerebro lee estas señales, podemos reducir la sensación de dolor.

Los pacientes también se preocupan de haber sido referidos a salud conductual porque su proveedor médico tenga la sospecha de abuso de sustancias. Aunque la meta es incluir la salud conductual integral temprano en el cuidado, algunas veces el equipo de cuidados hereda pacientes con un problema por el uso de opiáceos. Si el abuso de sustancias es una preocupación (lo cual es innegable en casos de pruebas de orina inconsistentes y conteo de píldoras) se puede reducir la vergüenza educándoles sobre los riesgos de dependencia de estos medicamentos (suelo mencionar la incidencia de pacientes mayores que nunca usaron medicamentos y que se han convertido en usuarios dependientes) y también comento que los opiáceos eventualmente aumentan la sensibilidad al dolor, requiriendo dosis cada vez mayores para aliviarlo, lo que incrementa el riesgo de adicción. En ocasiones hago referencia a esto como una insidiosa seducción por parte de los opiáceos, culpando al tratamiento más que a la persona. Educo a todo paciente, independientemente de si se sospecha un mal uso o no de opiáceos, respecto a los riesgos de estos medicamentos y la poca previsibilidad de quienes se convertirán en dependientes. También hago énfasis en el hecho de que la dependencia va completamente desvinculada a la sensación de estar “drogado” lo que significa que la dependencia puede instaurarse de forma escurridiza, ya que no hay muchas señales de peligro de adicción a opiáceos recetados.

Diapositiva #26

La educación es típicamente la primera intervención que realizo en un paciente con dolor crónico. El objetivo de la educación es reducir la vergüenza que el paciente puede estar experimentando, proveer información para que puedan entender mejor su condición e incrementar la

autoeficacia. Cada paciente con dolor crónico que veo, recibe educación sobre el impacto del estrés en el dolor. A menudo esto incluye un pequeño repaso sobre la respuesta de lucha o huida y de cómo las hormonas asociadas al estrés pueden magnificar el dolor. A corto plazo la respuesta de lucha o huida puede bloquear el dolor a través del mecanismo de shock, pero con el paso del tiempo la adrenalina y el cortisol solo empeoran el dolor, sensibilizándonos al dolor, aumentando la tensión y el estrés emocional.

Típicamente también describo el ciclo de dolor, el cual discutiremos más adelante. En resumen, educo a los pacientes sobre cómo, de forma lenta pero segura, puede ganarse la carrera. La consistencia, calma y conexión ayudan a llevar al paciente más allá del ciclo de dolor.

Cuando es relevante educo sobre los riesgos de adicción a los opiáceos, haciendo hincapié en el hecho de que la adicción no es una elección y que esto no significa que la persona esté buscando estar “drogado”.

Algunas veces, particularmente en pacientes que no pueden identificar la causa de su dolor, discuto brevemente la Teoría de la compuerta de control del dolor, si bien es cierto que puede resultar confuso para algunos. A menudo lo abrevio como: imagina que tienes una compuerta que se abre y cierra para dejar pasar el dolor. Ahora imagina un dolor tan intenso que abre las compuertas violentamente, dejando pasar cada señal y haciendo que cada sensación se perciba como dolorosa. Debemos encontrar maneras de cerrar estas compuertas y estos tratamientos, no farmacológicos, ayudan a cerrar dicho portal mientras que algunos medicamentos solo ayudan a ignorar el hecho de que está abierta.

Diapositiva #27

Existe una relación bidireccional muy estrecha entre el dolor y el sueño. El dolor interrumpe el sueño, pero también sabemos que aquellas personas cuyo sueño se ve interrumpido reportan sentir un dolor más severo y debilitante. Esto es especialmente cierto para individuos que sufren síndromes de dolor y que no han identificado una causa, como es el caso de la fibromialgia. Por lo tanto, ayudar a los pacientes con dolor a conseguir el sueño resulta fundamental.

Particularmente, en pacientes con sobrepeso debemos preguntar si roncan; si el ronquido está presente debemos consultar con un proveedor médico para referirlo a una evaluación por apnea del sueño. Los pacientes con apnea del sueño pueden dormir bastante, más no consiguen un sueño reparador adecuado. Tengan en cuenta que el sueño ayuda en la curación y rejuvenece la mente, y la mente es la que controla todas las sensaciones de dolor.

Yo recomiendo educar a los pacientes respecto a una buena higiene del sueño y sugerir técnicas de distracción y relajación para ayudarles a conciliar el sueño. Si los pacientes pueden costearlo, conseguir un nuevo colchón puede ser de gran ayuda, pero no hay un tipo concreto que funcione para todos por lo que debemos alentarlos a tomarse su tiempo probando diferentes tipos.

Diapositiva #28

Mis dos estrategias de relajación para los pacientes son la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva, la cual se puede enseñar al tensar y relajar los músculos o al enfocarse en un grupo muscular y relajar la tensión en el músculo. Con el dolor crónico,

especialmente por una lesión, yo aliento a los pacientes a que practiquen la relajación pasiva, por lo menos en el área dolorosa. En ocasiones yo les recomiendo aplicaciones o grabaciones que los van a guiar a través de estas prácticas de relajación, lo cual puede mejorar la adherencia.

Diapositiva #29

La respiración diafragmática aumenta la actividad del sistema nervioso parasimpático, el cual controla tus funciones “descansa y digiere” y compite con el “lucha o huye” del sistema nervioso simpático. Promueve relajación, mejora la circulación, reduce la presión sanguínea y provee una alternativa a enfocarse en el dolor. Debo de mencionar que la respiración diafragmática quizás no sea tan efectiva o puede necesitar mucha práctica para poder ser efectiva para algunos individuos con dolor. Investigaciones por Zautra et al. en 2010 demostraron que aunque los controles sanos que fueron expuestos a estímulos dolorosos reportaron reducción en la intensidad del dolor, pacientes con fibromialgia en las mismas condiciones no reportaron beneficios de esta práctica. Sin embargo en un estudio en 2005, practicar respiraciones fue tan efectivo como la terapia física, para pacientes con dolor de espalda (Mehling et al. 2005).

Diapositiva #30

La práctica de la conciencia es ambas, una intervención de relajación y cognitiva, para el tratamiento del dolor crónico. Promueve aceptación y reduce la catastrofización mientras que promueve típicamente un estado relajado. En el 2015 Zeidan demostró que las imágenes cerebrales de los participantes con dolor quienes practicaba la conciencia plena, mostraban menos activación en las partes del cerebro que manejan los mensajes dolorosos. Algunos participantes han sido capaces de reducir y, en ocasiones eliminar, el uso de medicamentos para el dolor a través de la constante práctica diaria de la conciencia plena. Morone y colegas (2008) enseñaron que los pacientes inicialmente podrían no reportar mejoría en su dolor cuando primero comenzaron con la conciencia, pero que después de 12 semanas de intervención, hubo una mejoría significativa en las escalas de dolor, depresión, ansiedad y tristeza relacionada al dolor así como mejoría en funcionamiento físico. Por lo tanto, es importante recalcar a los pacientes que la conciencia plena es una destreza que necesita practicar a diario y que con mayor práctica verán resultados.

Diapositiva #31

Hipnosis, es la inducción de un estado selectivo de atención, es otro tratamiento que combina la relajación con el cambio en la manera en que el paciente piensa sobre o procesa el dolor. Una vez el paciente logra la relajación profunda el terapeuta hace sugerencias específicas al paciente de que el dolor se está transformando en algo menos angustiante. También pueden incluir sugerencias de que el paciente ahora es capaz de manejar mejor la experiencia del dolor. Una parte clave de la hipnosis para el dolor es la sugerencia post hipnótica que crea una activación de estímulo que recrea la sugerencia fuera de la terapia. La hipnosis está asociada a reducciones en: calificación del dolor, necesidad de analgésicos o sedación, mejores resultados generales después del tratamiento médico y mayor estabilidad fisiológica. (Jensen 2003) En 2015 un estudio por Tan y colegas encontró que casi el 50% de los pacientes con dolor de espalda crónico tratados con hipnosis experimentaron una mejoría en el dolor por al menos seis meses y en un estudio por Garland y colegas demostraron que alrededor de un tercio de los pacientes

reportaron mejoría en dolor después de sólo una sesión de 15 minutos.

La hipnosis sólo debe de ser realizada por un terapeuta de hipnosis entrenado, sin embargo el entrenamiento en hipnoterapia está disponible a proveedores de salud conductual.

Diapositiva #32

El entrenamiento autogénico es un tipo de relajación con sugerencias específicas acerca de las sensaciones corporales. Se le pide a los pacientes que imaginen estar en un ambiente calmado, relajado y sensaciones corporales reconfortantes. Se le instruye a los pacientes que se imaginen pesadez y calidez en las extremidades, y una respiración y latidos lentos y estables. Como con la hipnosis, las sensaciones dolorosas se transforman en sensaciones más calmantes, como la calidez.

Imagen guiada es una técnica de relajación similar destinada a transformar mentalmente la experiencia del dolor. Se les guía a los pacientes por una serie de escenarios dolorosos menos amenazantes en las sesiones de terapia. Por ejemplo, a un paciente se le indica que imagine la puñalada de un cuchillo en su brazo y luego se le guía a imaginar que el cuchillo se va embotando hasta que finalmente se convierte en un pedazo de madera embotado.

Cada una de éstas técnicas usa la relajación para aumentar la receptividad para replantearse el dolor como menos intenso y angustiante.

Diapositiva #33

Yo suelo pensar que la biorretroalimentación es una manera efectiva de monitorear si los esfuerzos de aprender las técnicas de relajación están en efecto causando relajación.

En la biorretroalimentación, se utiliza un instrumento que monitorea los signos vitales del paciente de manera que se tenga evidencia en tiempo real de la relajación y se puede observar la activación del sistema nervioso parasimpático.

Utilizando programas de computadora interactivos que presentan los datos gráficos ya sea en la pantalla de la computadora o en un instrumento de biorretroalimentación, los pacientes tienen la evidencia en tiempo real de las cosas que les ayudan a construir la relajación física en sus cuerpos. Algunos sistemas de biorretroalimentación, hasta han sido integrados a juegos de video en los cuales los participantes hacen que un objeto se mueva en el juego al controlar sus ritmos cardíacos, contracción muscular u otra función cuantificable.

Pero la biorretroalimentación puede ser lograda utilizando instrumentos simples como monitores de ritmo cardíaco o incluso un termómetro sensible.

Cuando tengo a un paciente que se ve particularmente nervioso o que reporta no tener mejoría usando ninguna de las formas de relajación, mi próximo paso es, usualmente, utilizar la biorretroalimentación para ayudar al paciente a lograr una relajación significativa.

Diapositiva #34

Una vez los pacientes han aprendido estrategias de relajación para reducir la sensación del dolor, entonces nos enfocamos en intervenir el comportamiento para construir un estilo de vida saludable que reduzca la sensibilidad y exacerbación del dolor.

Establecer un objetivo ayuda a los pacientes a sentirse eficaces manejando el dolor en el día a día. Estableciendo metas razonables, y consiguiéndolas, los pacientes construyen un sentimiento de autosuficiencia, lo que reduce la impotencia que individuos con dolor crónico han aprendido. También ayuda a los pacientes a controlar aquellas vías utilizadas para recuperar su vida a pesar del dolor.

La programación de eventos agradables reduce el aburrimiento, provee distracción y ayuda a establecer relaciones interpersonales. Algunos pacientes se sienten tan mal que se resisten al disfrute de actividades. A veces los reto preguntándoles, si ¿prefieren experimentar un nivel de dolor ocho solos en casa o el mismo grado de dolor en casa de un mejor amigo, charlando o sentado en un parque sintiendo el sol en su rostros? En ocasiones los pacientes temen que participar en actividades que empeoren el dolor, por lo que debemos prestar atención a los ajustes necesarios por las limitaciones físicas para evitar exacerbarlo.

Pasear puede ser uno de los cambios de comportamiento más importantes para personas con dolor crónico. Los paseos hacen hincapié en la necesidad de mantener niveles constantes de actividad para reducir episodios de dolor y continuar desarrollando fuerza.

Diapositiva #35

Cuando los pacientes tienen dolor crónico, un nivel consistente, de actividad moderada, es crítico para la sanación y funcionamiento máximo. Los pacientes pueden tener la tentación de aprovechar los días en que el dolor es menor para tratar de hacer todas las cosas que no han podido hacer. Esta opción frecuentemente deja al paciente exhausto, resulta en sobreesfuerzo, empeorando el dolor y comúnmente en uno o más días de sedentarismo total. Por otra parte está el paciente que evita toda actividad por miedo de empeorar el dolor lo cual resulta en desacondicionamiento y empeoramiento del dolor. Inactividad prolongada puede llevar a más problemas de movilidad y sensibilidad al dolor.

Diapositiva #36

Se debe alentar la actividad en los pacientes con dolor crónico, pero la actividad debe ser moderada y cuidadosa de manera que no cause reincidencia de lesiones o exacerbaciones del dolor. Graduar la actividad le enseña a los pacientes a monitorear su dolor durante la actividad y pararla antes de que el dolor se vuelva severo. Si es necesario, los pacientes pueden tomar periodos de descanso durante la actividad. Esto puede ser beneficioso porque le permite a los pacientes participar en un mayor rango de actividades e incluso aumentar su funcionamiento. Evitar el ciclo de auge y caída le permite a los pacientes a adquirir fuerza y seguridad. Alentamos a los pacientes a involucrarse en actividades diarias con niveles similares indiferentemente de su dolor ese día o su fatiga siempre y cuando el nivel de dolor no es significativo en comparación con el promedio personal. Para pacientes que tienden a sobrepasarse, con frecuencia les

pregunto sobre su capacidad de funcionar el próximo día. Si necesitan descansar más de lo usual el día posterior a la actividad, las catalogamos como demasiado extenuante y lo movemos para atrás ya sea en intensidad o duración.

Diapositiva #37

Las intervenciones cognitivas ayudan a los pacientes a cambiar la manera en que piensan en el dolor.

Algunos pacientes se vuelven rígidos en su pensamiento de que necesitan saber la causa de su dolor. Cuando un paciente cree que su dolor es un “misterio”, pueden aumentar su angustia e intensidad del dolor. También puede estar asociado a la búsqueda de pruebas médicas adicionales e innecesarias o intervenciones invasivas que pueden causar mayor daño. El no saber, le da al paciente una sensación de pérdida de control e impredecibilidad que es difícil de tolerar. También puede causar un sentido general de invalidación porque la razón no puede ser identificada, el paciente se pregunta si eso significa que no se supone que tenga dolor y si no debería tener dolor, ¿significa eso que se lo está imaginando o haciéndoselo a él mismo? Para que los pacientes puedan manejar la incertidumbre podemos ayudarlos a realizar que el dolor puede ocurrir por otras razones además de daño físico y que entiendan que hay una gran cantidad de cosas que desconocemos sobre cómo el cuerpo procesa el dolor (lo cual puede abrir la posibilidad de que la causa no ha sido descubierta). Pero también puedes recalcar que sólo porque no conozcamos lo que originó el dolor, aún podemos hacer cosas para mejorarlo.

Los pacientes con dolor pueden tener pensamientos como “mi dolor nunca parará”. Para asistirlos con los pensamientos difíciles podemos ayudar a los pacientes a reconocer que su dolor fluctúa y que pueden hacer cambios que reducen el dolor, como los cambios posturales y estrategias de relajación o distracción. Para asistir en la decatastrofización, mi mentor usa la frase “haz un lugar para el dolor” en otras palabras, acomoda al dolor en tu vida haciendo lo que ayuda, “y mantén al dolor en su lugar” o no dejes que el dolor defina tu vida. Eres más que tu condición dolorosa.

Diapositiva #38

Se puede proveer la terapia cognitiva conductual (TCC) para el dolor crónico usando un manual de tratamiento. Los componentes claves de la TCC para el dolor incluyen la reestructuración cognitiva esperada y la activación conductual combinada con el ejercicio, actividad gradual y entrenamiento en relajación. TCC para el dolor crónico, integra todas las intervenciones que hemos discutido hasta ahora. Cuando, en particular, comienzas a tratar pacientes con dolor crónico, el uso de un manual de TCC como el que he enlazado en las diapositivas, provee un marco de trabajo con el cual introducir todas las intervenciones que hemos discutido.

Diapositiva #39

Las dinámicas familiares pueden jugar un rol significativo en la habilidad que tiene una persona para manejar el dolor crónico. Los miembros de la familia con frecuencia batallan con los cambios funcionales y de roles, asociados con la condición de dolor crónico. Aún cuando una pareja está consciente, de que la situación de su ser querido, está frecuentemente fuera de su control,

todavía puede ser difícil abstenerse de resentir el trabajo adicional y el sentirse sobrecargada. Los miembros de la familia pueden sentirse como que han perdido una parte de sus vidas, de manera similar a la persona con dolor crónico. Estos sentimientos son comunes y las reacciones, normales. Sin embargo a veces el comportamiento de los miembros de la familia puede volverse problemático. En el caso del miembro preocupado de la familia, quien es demasiado complaciente y receptivo al dolor de la persona, el comportamiento de la familia puede interferir de manera activa con las intervenciones como la actividad gradual y la terapia física. Cuando una persona con dolor crónico pasa tiempo con una persona que está preguntando constantemente sobre su dolor, se enfoca la atención en el dolor, interfiriendo con los esfuerzos de “mantener el dolor en su sitio”. La persona con dolor tiene constantemente recordatorios del dolor y con frecuencia reporta mayor percepción del dolor e incluso aún mayor discapacidad. (Fillingim, Doleys, Edwards & Lowery, 2003).

En el lado opuesto del espectro, los miembros de la familia pueden asumir una respuesta de “amor duro” o incluso de castigo cada vez que la persona menciona su dolor. La familia puede estarse preguntando si la persona con dolor crónico está exagerando y buscando atención, o pueden creer que el ser complacientes con el dolor va a prolongar la experiencia e interferir con la sanación. Las acciones de castigo por parte de los miembros de la familia tienen como fin el limitar la expresión del dolor. (McCracken, 2005), sin embargo estas respuestas pueden tener el efecto opuesto. Los pacientes con dolor pueden reaccionar, al comportamiento de ser castigados, con reacciones intensificadas y expresiones dramáticas de la experiencia del dolor de manera que se sientan “oídos”. De manera alterna, en ocasiones estas interacciones de castigos pueden llevar a la inhibición de la expresión emocional que con el tiempo crea estoicismo y resignación.

Además de la terapia de soporte para asistir en la pérdida de procesamiento, a los miembros de la familia preocupados y que castigan se les enseña a ignorar expresiones excesivas de dolor y a reforzar fuertemente cada pequeño paso que se tome hacia el aumento del funcionamiento. El terapeuta fomenta a la familia a adoptar un enfoque de “sí... y”. Se le enseña a la familia a validar la experiencia de la persona mientras recuerdan que la ruta más efectiva para salir del dolor es resistir el comportamiento del dolor y participar en la vida diaria lo mejor que pueda la persona adolorida.

Diapositiva #40

No hay notas

Diapositiva #41

Medicina manual se define como una manipulación física del músculo, hueso o fascia, el cual es un tejido que rodea a los músculos y órganos.

Algunos ejemplos comunes son la quiropráctica, terapia de masaje y terapia física.

Piensa en subluxación como un desalineamiento de las coyunturas y huesos. Los masajes y la quiropráctica ajustan los huesos para que estén alineados.

Cuando el cuerpo está fuera de alineamiento - va a compensar lo cual lleva a dolor corporal.

Hay muchos estudios clínicos en donde se usa la medicina manual para el dolor crónico como terapia adjunta.

Para la medicina manual, los pacientes usualmente dan seguimiento según su necesidad después de estar en tratamiento durante ocho a doce semanas.

Diapositiva #42

Puede que hayan oído que la acupuntura es el tratamiento en que se insertan agujas en el cuerpo, pero es mucho más que eso.

Esta medicina tradicional china tiene más de 2000 años, la acupuntura uso el concepto del chi o fuerza vital.

La visión occidental de la acupuntura, la describe como un tratamiento donde los puntos de acupuntura estimulan nervios, músculos y tejido conectivo y activa los analgésicos naturales del cuerpo y los anti inflamatorios naturales.

Hay un cuerpo sólido de evidencia que indica que la acupuntura es un tratamiento efectivo para el dolor:

Estudios funcionales con MRI que enseñan los cambios en las señales cerebrales con la punción de las agujas en una manera consistente a aquellas vistas en alivio del dolor.

Los estudios enseñan que la gente reporta mejoría en el dolor de espalda baja y en la función física

Lo más importante, meta análisis hecho con más de 4000 estudios en acupuntura también apoya su uso.

Los seguros médicos están cubriendo, cada vez más, los costos de acupuntura en muchos estados - pero puede ser costoso si son pagos de bolsillo.

Los acupunturistas son profesionales con licencia y están regulados por los juntas médicas estatales - la mayoría de las escuelas requieren de cuatro a cinco años de estudio y que pasen un examen reválida para practicar.

Y finalmente, para disipar una preocupación común sobre la acupuntura, las agujas son finas, se sienten como pequeños pinchazos y la molestia reportada es mucho menor que la que se siente con una inyección.

Diapositiva #43

Los resultados en un meta-análisis de 29 estudios controlados randomizados desde marzo del 2013 a enero del 2017 en la efectividad de la acupuntura, indicaron que la acupuntura tiene un "efecto positivo" en el tratamiento de varios tipos de dolor, con la evidencia más fuerte surgiendo en dolor de espalda, dolor de cuello, dolor de hombro, cefalea crónica y osteoartritis al igual que

un potencial efecto positivo en otras 38 condiciones.

En los análisis, la verdadera acupuntura fue significativamente superior a los controles de ninguna acupuntura o acupuntura falsa ($p < 0.001$).²

Diapositiva #44

La quiropráctica es una profesión licenciada regulada que es típicamente cubierta por las aseguradoras. Los quiroprácticos usan manipulación manual espinal, masajes, ejercicio prescrito y otros tratamientos para lograr el alineamiento adecuado de la estructura músculo esquelética del cuerpo, particularmente la espina, lo cual permite que el cuerpo se sane a sí mismo.

Los beneficios del tratamiento quiropráctico son similares a los de las terapias convencionales para el dolor de espalda baja y los efectos adversos son raros.

Diapositiva #45

Quizás hayas recibido un masaje para reducir el estrés - si no lo has tenido recomiendo que lo traten. El masaje, claro está, es útil en la reducción de la tensión muscular, y estrés en general.

Los masajistas terapéuticos son profesionales con licencia por el estado. El entrenamiento para obtener licencia como masajista terapéutico es típicamente un programa de dos años. Hay muchas ideas de cómo trabaja un masaje, además de la reducción de estrés y relajación muscular, puede ayudar al aumentar los niveles de serotonina y oxitocina en el cerebro o puede ayudar a cerrar la compuerta del dolor al proveer una señal táctil neutra o positiva al cerebro, anulando la señal dolorosa.

Diapositiva #46

Estudios clínicos de los masajes, sugieren que los masajes aumenta el flujo sanguíneo y el drenaje linfático en el cuerpo, los cuales ayudan en la sanación.

También hay varios estudios que demuestran que los masajes puede que impacten el dolor de manera indirecta al mejorar los neurotransmisores asociados con el ánimo y el estrés. Se ha demostrado que los masajes reducen cortisol, la hormona del estrés, y aumenta los niveles de serotonina y dopamina.

Hay evidencia de que el masaje puede balancear la actividad de la corteza prefrontal derecha e izquierda. Cuando hay mayor activación en la corteza derecha que en la izquierda, esto se asocia a un ánimo más deprimido y aislamiento social.

Aunque hay un número limitado de estudios bien diseñados, ciegos, controlados, randomizados, hay muchos estudios que apoyan el uso del masaje para el dolor como una intervención física que mejora el rango de movimiento y tensión muscular. De igual manera hay estudios que apoyan que el masaje se use para mejorar el ánimo y el estrés.

Diapositiva #47

La yoga se refiere a una secuencia de ejercicios físicos (conocidos como asanas o posturas), diseñadas para alinear el cuerpo físicamente y espiritualmente. Las secuencias de las posturas tienen como fin el abrir muchos canales en el cuerpo - especialmente canales principales, la espina - para que la energía pueda fluir libremente.

La yoga es un ejercicio de bajo impacto que también incorpora la respiración lenta e intencional y un aumento en la concienciación del cuerpo que promueve la relajación consciente.

Un estudio controlado randomizado reciente (Schmid et al, 2019) de pacientes con dolor crónico en Canadá, demostró mejoras en los desempeños ocupacionales, depresión y actividades diarias después de ocho semanas de intervenciones.

Diapositiva #48

Los pacientes siempre deben confirmar con su doctor, que son capaces de participar en yoga de manera segura. También recomiendo recalcar a los pacientes que deben notificar al instructor de yoga que tienen dolor y pedirle al instructor que le ofrezca modificaciones y/o notificarle cuando abstenerse.

El artículo al calce de la diapositiva tiene una lista extensa de los diferentes tipos de yoga, qué las hace únicas y si se recomendarían a un individuo con enfermedad reumática. Incluye lista útil de consideraciones médicas antes de que se participe en yoga, y una lista de poses potencialmente problemáticas basadas en la localización del dolor, con sugerencias de modificaciones. El artículo también incluye sugerencias para ayudar al paciente a encontrar un instructor de yoga cualificado.

Diapositiva #49

El Tai chi también es una medicina china tradicional. Es un tipo de ejercicio suave, compuesto de una serie de movimientos hechos lentamente, enfocados y acompañados de respiraciones profundas.

Hay cinco tipos principales de Tai Chi, La fundación de artritis respalda el estilo de Tai chi específico llamado Sun, para el dolor.

Como el yoga, el Tai Chi da enorme auto-potenciación, acondicionamiento físico y aumenta la conciencia corporal.

En muchos estudios con personas mayores, se ha mostrado que el Tai Chi ayuda a mejorar el balance, función física y fortaleza.

Los pacientes tendrán que pagar de su bolsillos por las clases.

Diapositiva #50

También hay suplementos dietéticos que cuentan con evidencia de que son de ayuda para tratar el dolor. Aunque la mayor parte de los suplementos son seguros, como la vitamina D o el ácido fólico - pueden causar interacciones con los medicamentos, así como con algunas condiciones médicas. Por lo tanto, no recomiendo que se sugieran suplementos específicos a los pacientes, pero pueden alentarlos a que hablen con su PCP, especialista en dolor crónico o especialista en medicina integrada, de los posibles suplementos que le puedan ser de ayuda. También recomiendo que alienten a sus pacientes a que le digan a su proveedor médico de cualquier suplemento dietético que estén tomando. En el caso de que te enteres de que el paciente está tomando un suplemento sin la recomendación del médico, puedes ayudar al paciente a entender que existe evidencia que apoya su uso para reducir el dolor (al investigar en pubmed) y de si hay

interacciones específicas que deba conocer.

Diapositiva #51

El dolor crónico es una condición médica compleja y crónica que es impactada grandemente por factores biológicos, culturales y emocionales más allá del daño físico al cuerpo.

El dolor crónico es una condición crónica, común, de la salud que imparte una carga significativa en nuestro sistema de salud e impacta de manera individual a millones de americanos, en múltiples aspectos de sus vidas.

Existen muchas maneras en que usted, como proveedor de salud conductual, puede ayudar a pacientes con dolor crónico, incluyendo: el representar al paciente con otros proveedores, proveer educación para ayudar a que los pacientes entiendan su dolor, instruir en técnicas de relajación y de manejo del dolor, y tratamientos con enfoques cognitivos conductuales. Puede ser útil al asistir a los pacientes a entender las varias opciones de tratamientos no farmacológicos, también ayudar a los pacientes a que aboguen frente a sus proveedores médicos por las varias opciones de tratamientos no farmacológicos, como las intervenciones médicas complementarias.

Diapositiva #52-53

Referencias